Rok XXIX. Kraków, 13 Grudnia 1890. Nr. 50.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.

Podał

Dr. Czesław Podgórski,

I-szy sekundaryjusz oddziału.

Ideałem wszelkiego postępowania leczniczego jest w pierwszym rzędzie usunięcie stosunków patologicznych przez przywrócenie warunków prawidłowych, a po drugie uzyskanie dla nowowytworzonego stanu jak najtrwalszego bytu istnienia. Z licznych cierpień, w leczeniu których do tego wytkniętego celu zdążyć usiłujemy, niepoślednie miejsce zajmują różne odmiany przepuklin, nie tylko wywołujących w cierpiącym ciągłe uczucie przykrego kalectwa i przeszkadzających mu często w zawodowéj pracy, ale narażających go ciągle na poważne niebezpieczeństwo w razie uwięźnięcia.

Od bliższego jednakowoż omawiania na tem miejscu licznych, od najdawniejszych czasów w tym kierunku przedsiębranych usiłowań uwalnia mnie znakomita i bardzo wyczerpująca literatura tego przedmiotu w naszym języku, z któréj nabiera się przekonania, iż najwięcéj jeszcze powyżéj postawionym wymogom odpowiada sposób Mac-Ewena leczenia przepuklin, ale ich jednak w całéj rozciągłości nie wypełnia. Opuszczając opis powyższego sposobu i odsyłając w tym względzie do referatu Dra Barącza ze Lwowa w Przeglądzie Lekarskim z r. 1886 Nr. 47 i pracy Dra Krajewskiego z Warszawy w czerwcowych zeszytach powyższego tygodnika z r. 1888 ogłoszonéj, zwrócę tylko uwagę na zasadnicze jéj cechy, a to na wytworzenie żywéj zatyczki od jamy brzusznéj przed bramą przepuklinową umieszczonéj, a z odpowiednio pofałdowanego worka przepuklinowego utworzonéj, i po drugie na odrębny sposób zespolenia bramy przepuklinowéj przez szew, który powięź poprzeczną do powięzi mięśni brzusznych przybliża. W wykonaniu praktycznem saméj myśli przewodniéj, jak w jednym tak w drugim kierunku, okazały się pewne trudności i braki, które sprawiły, iż tak Krajewski jak i Obaliński widzieli się zmuszonymi poczynić rdzenne modyfikacye. I tak Krajewski, widząc iż przy przepuklinach wielkich zatyczka z worka przepuklinowego sposobem Mac-Ewena przez pofałdowanie jedną nitką wytworzona, nie tylko otworu brzusznego przepukliny nie zamyka w całości, ale okazując po obu stronach nitki fałdującéj lejki w otrzewny ułożone a ku stronie głównego nacisku jelit zwrócone, snadnie może być źródłem powrotu przepukliny, fałduje worek dwiema nitkami i co główna, zwraca szyję worka przez przeprowadzenie odpowiednie nitek fałdujących ku dołowi i wewnątrz, gdzie nacisk jelit jest znacznie słabszy. Prof. Obaliński zaś zamyka worek przez kilkakrotne przeszycie go poprzeczne w szyi przepuklinowéj, zwija go w rulonik i przeprowadza końce fałdującéj w poprzek nitki przez odnogi wiązadła Pouparta, przeszywając je w całéj grubości od wewnątrz ku zewnątrz; łączy więc w ten sposób pierwszą część z drugą, a przez takie założenie szwów omija zawiły sposób szycia igłą Mac-Ewena. Do zupełnego zamknięcia worka zdąża też Dr. Keetley przez skręcenie szyi worka. Pomijając trudności w wykonaniu wszystkich szczegółów powyższéj metody, zwrócić musimy uwagę na niebezpieczeństwo łatwéj możności obumarcia worka zwiniętego w tampon, szczególniéj jeżeli worek jest duży i był w poprzedniem położeniu raczéj od otoczenia, od którego zostaje obecnie oddzielony, niż samoistnemi naczyniami odżywiany. Realność takowego niebezpieczeństwa stwierdzają historyje chorób tak prof. Obalińskiego i Dra Krajewskiego jak i przypadki z kliniki Billrotha przez Haidenthallera przytaczane; możemy jednakowoż tę nieprzyjemną ewentualność, według rady prof. Obalińskiego, przez odcinanie części zbyt dużych worków

znacznie zredukować, a odliczywszy te ujemne strony przyznać musimy, iż teoretycznie sposób ten uznać musimy ze wszystkich poprzednich za najlepszy, co praktyka w zupełności potwierdza. Według bowiem dat przez samego Mac-Ewena z początkiem b. r. w pracy Lauensteina((*Archiw Langenbecka* T. 40, zesz. 3, str. 642) podanych, na 98-miu operowanych utracił on tylko jednego chorego wskutek operacyi, a tylko u jednego wystąpiła recydywa, choć niektórych w 5 lat po dokonanéj operacyi badać miał sposobność i zdrowymi znachodził. Dodać jednak trzeba, że wielu z jego chorych nosiło po operacyi paski ochronne. Co do statystyki prof. Obalińskiego, to na 40 operowanych tą metodą nie stracił ani jednego z powodu operacyi, ale u trzech chorych skonstatowano po 10—18 miesiącach recydywę. Lauenstein na 14 operowanych ani razu nie miał recydywy. Tylko Billroth na 4 razy miał 3 niepomyślne rezultaty, głównie z powodu popadania worka w nekrozę.

Przypatrzmy się jednak, jak kształtują się stosunki kanału pachwinowego po wykonaniu operacyi sposobem Mac-Ewena i idealnem wygojeniu się rany. Przywrócono tu stosunki fizyjologiczne, ale w skąpym bardzo zakresie. Wypadłe jelita wprowadzono do jamy brzusznéj, worek przepuklinowy zamknięto. Od strony jamy brzusznéj zrobiono więc wszystko, co więcéj, możnaby powiedzieć, poprawiono fizyjologiję, gdyż w miejscu poprzedniego, ułatwiającego wytworzenie przepukliny fizyjologicznego zagłębienia (*fovea inguinalis externa*) mamy wyniosłą poduszeczkę z worka przepuklinowego utworzoną. Ściana jednakowoż pokrywająca w ten sposób korzystnie zmienioną otrzewnę bardzo różni się od fizyjologicznéj; w miejsce bowiem dwóch blaszek ściennych, między któremi przebiegałby skośnie wraz z pękiem naczyń sznurek nasienny, a które w miarę coraz silniejszego działania tłoczni brzusznéj, coraz ściślejby do siebie przylegały, otrzymujemy ścianę jednolitą, bliznowatą, przez zbliżenie powięzi poprzecznéj, powięzi mięśni brzusznych i w części z tamponu utworzoną, a prawie w prostopadłym kierunku przez sznurek nasienny przebitą. Zarzut jednak ten czczymby się wydał, gdyby tak utworzona silna ściana miała zawsze zapewnione trwałe istnienie. Tak z teoretycznego jednak stanowiska, jak i z niektórych dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych, ośmielam się podnieść w tym względzie pewne wątpliwości. Ścianę powyższą, jak wspomniano, uzyskujemy przez zeszycie tworów błoniastych i ścięgnistych do zrastania się niezdolnych, które więc o tyle tylko się ze sobą zespajają, o ile zatyczka działająca tu drażniąco, niejako na wzór ciała obcego, — i w tem leży główna wartość metody Mac-Ewena — wywołuje odczynowe zapalenie twórcze, wytwarzające naciek plastyczny, analogiczny np. do kostniny (*callus*), występującéj przy zrastaniu się kości, który to naciek wkrótce po operacyi jako twardy korek przez powłoki brzuszne wyczuć możemy. (Twierdzenie to żywo illustrują przypadki, gdzie mimo obumarcia i wydzielenia na zewnątrz znaczniejszéj części worka wytworzyła się poduszka duża, wcale nie licująca z wielkością pozostałéj resztki worka). Znaną jest jednakże rzeczą, iż takie nacieki z biegiem czasu często, jeśli nie zwykle, ulegają przeobrażeniu wstecznemu i wessaniu, jeśli nie są bezpośrednio swem zadaniem fizyjologicznem do życia powołane. W danym przypadku powyższa ściana ścięgnista, bliznowata, odgrywa wobec nacisku jelit rolę tylko bierną, gdyż sznurek nasienny na małéj przestrzeni z nią się stykający zamało nadaje jéj znaczenia fizyjologicznego. Łatwo więc przypuścić, że z czasem poduszka ta może się zmniejszać, ściana stawać się cieńszą a przy niekorzystnych warunkach, miejsce to może stanowić punkt wyjścia nowéj przepukliny. Jednak ten ostateczny wynik nie tylko że nie jest koniecznym, ale nawet jak dotąd przydarza się nie często, ale że się przydarza, wynika z następujących spostrzeżeń: 1) U chorego Dąbrowy w statystyce prof. Obalińskiego pod liczbą 2 przytoczonego (Przegląd Lek. 1889, Nr. 1) już w 10 miesięcy po operacyi (Przegląd Lek. 1889, str. 353) tamponu poprzednio wybitnego wyczuć nie można było, a w 18 miesięcy chory listownie zawiadomił o nawrocie cierpienia. 2) U chorego Jana Szkolnika (l. 12) wystąpiła recydywa po 15 miesiącach, a 3) u choréj Katarzyny Wojnowskiéj (l. 28) po ośmiu miesiącach. Że zaś recydywa postępuje drogą wspomnianą, dowodzi daléj historyja choroby Nr. 2, gdzie niejako stopniowy zanik tamponu śledzić byliśmy w możności i badanie chorych opisanych pod l. 8, gdzie w cztery miesiące i pod l. 10, gdzie po 8-miu miesiącach brak pierwéj dobrze wyczuwalnego tamponu skonstatowano. W każdym jednak razie wyniki uzyskane tą metodą są świetne, jak ona sama za istotny i piękny postęp w leczeniu doszczętnem przepuklin uważaną być musi. Wprawdzie Mac-Ewen wymaga, aby chory 6 tygodni zostawał w łóżku, u nas jednak ta ostrożność z powodu oporu u chorych nie dała się przeprowadzić, tak, że chorzy w razie rychłozrostu (a ten w $^4/_6$ wszystkich przypadków następował) średnio dnia 15-go szpital opuszczali — w reszcie przypadków gojenie przeciągało się średnio do 4 tygodni. (C. d. n.)

II. O zasadach udzielania pierwszéj pomocy rannym w najbliższéj wojnie.

Wykład miany na I. zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

przez

Dra W. Wehra we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Fakta te dowodzą, że błędy które zakorzeniły się w chirurgii od czasu istnienia ran postrzałowych w ogóle, jak chce historyja od bitwy pod Cressy 1346, co do natury i sposobu traktowania tych ran, przetrwały aż do naszych czasów. Szkody jednak, jakie wyrządzali rannym de Vigo lub Ferri uważając rany postrzałowe za zatrute, zrównoważył Ambroży Paré; — krzywdy Braunschweiga i Gersdorffa, męczących swych rannych zabiegami operacyjnemi, celem koniecznego wydobycia wszystkich ciał obcych z rany, usunął Feliks Würtz; straty Le Drana przez „*debridement préventif*“ wynagrodził sowicie genijalny John Hunter, zasługi Percyego, Lareya, Pirogowa, Stromeyera a przedewszystkiem Langenbecka na polu chirurgii wojennéj pozostaną na zawsze w historyi medycyny piękną i cenną spuścizną i dowodem humanitarnych i najlepszych usiłowań w swoim czasie. Szkody, jakie mybyśmy mogli wyrządzić rannym w przyszłéj wojnie, przez zaniedbanie wypełnienia najważniejszych zasad i postępów nowoczesnéj chirurgii, byłyby tak olbrzymie, iżby ich nam historyja nigdy nie przebaczyła.

Doświadczenia bowiem z ostatnich wojen przekonywają nas daléj o tym niezmiernéj wagi dla nas fakcie, że ranę postrzałową w przeważnéj liczbie przypadków uznać musimy jako aseptyczną, która dopiero

następnie uległa zakażeniu. Że była aseptyczną w tych przypadkach, które zabliźniły się bez żadnéj reakcyi pod strupem w myśli Huntera, nawet w kilku takich razach, gdy kula i części munduru pozostawały w ranie (Klebs, Bergmann), to nie ulega żadnéj wątpliwości.

Lecz znanym nam jest i drugi fakt również wielkiéj dla nas doniosłości, a który się powtarza we wszystkich wojnach, a mianowicie ten, że przebieg rany postrzałowéj najpomyślniejszym był wówczas, gdy się nią najmniéj zajmowano. Że tak być musiało w czasach przedantiseptecznych, nie zadziwia nas to bynajmniéj, lecz i z okresu nowoczesnéj chirurgii mamy ciekawe i godne uwagi spostrzeżenia w tym względzie. Bergmann w r. 1877 mając do dyspozycyi cały aparat antiseptyczny i pomoc odpowiednią na polu walki, nie był w stanie stosunkowo niewielkiéj liczbie rannych (480) udzielić należytéj pomocy chirurgicznéj. Wyszło to na korzyść tych ran postrzałowych z potrzaskaniem kości, które nie były ani sondowane, ani rozszerzane, lecz tylko pokryte opatrunkiem antiseptycznym. To samo stwierdzają dawniejsze spostrzeżenia Volkmanna z pod Trautenau i nowsze Fränkla i Schmida z Belgradu z wojny bułgarsko-serbskiéj, którzy stwierdzili wygojenia się postrzałowych złamań skomplikowanych, bez reakcyi, nawet bez ustrzelenia.

Te obserwacyje pouczają nas znów o trzecim fakcie, praktycznie bardzo ważnym, że i najbieglejszy chirurg wobec stosunkowo nawet niewielkiéj ilości rannych, większych zabiegów operacyjnych na polu według dzisiejszych wymagań naszéj nauki przedsiębrać nie może, naprzód, że niema na to czasu, a przedewszystkiem zaś, że nie ma do tego potrzeby.[1])

Wszystkie wymienione fakta przemawiają więc zatem, że rana postrzałowa sama przez się była i będzie w największéj liczbie przypadków aseptyczną. Stanowcze i niezbite udowodnienie tego twierdzenia, jako też dokładne określenie warunków, w jakich rana postrzałowa może być jednak sama przez się zakażoną, musimy uznać za problem pierwszorzędnego znaczenia w chirurgii wojennéj, głównie z tego powodu, że tylko wobec ran aseptycznych możemy pomyśleć o możliwości udzielania skutecznéj pomocy i większéj ilości rannym na polu walki w przyszłéj wojnie. Jeżeli bowiem najprostsze w praktyce chirurgicznéj zabezpieczenie czystéj rany od zakażenia natrafi bezwątpienia po każdéj walniejszéj bitwie na trudności, to przedsiębranie gruntownéj desinfekcyi ran postrzałowych będzie w 1-éj linii wprost niemożliwem.

Praktyka chirurgiczna uczy nas daléj, że przy ranach czystych jakikolwiek czysty (*steril*) dobrze przylegający opatrunek wystarcza zupełnie do zabezpieczenia rany od zakażenia, wobec zaś ran zakażonych, jeżeli niemożliwem jest przedsięwzięcie gruntownéj desinfekcyi, to założenie takiego opatrunku, jak i jego zaniechanie, nie usuwa bynajmniéj niebezpieczeństwa, jakie już grozi organizmowi od tego zakażenia. Ponieważ jednak opatrunek chroni i takie rany od dalszego zakażenia, a w pewnych warunkach, mianowicie przy zakażeniach powierzchownych, opatrunek antiseptyczny może niedopuścić lub przynajmniéj opóźnić rozwinięcie się groźnych spraw zapalnych przyrannych, przeto najodpowiedniejszem będzie i przy ranach zakażonych postępować we wojnie w 1-éj linii tak samo, jak i w obec ran czystych. Za lepsze i pewniejsze uważać należy w każdym razie założenie jak najrychléj opatrunku antiseptycznego, aniżeli tylko czystego, sterylizowanego. Odpowiednio też do tych wymagań teoryi wprowadzone zostały w armijach znane nam pakiety opatrunkowe (*Verbandpäkchen*), które uzupełniają uniform każdego żołnierza w razie wojny.

Jeżeli się teraz zapytamy, czy w najbliższéj wojnie będziemy w stanie spełnić ten humanitarny obowiązek, jaki na mocy niewzruszonych prawideł ciągłego rozwoju oświaty ludzkiéj wkłada na nas jeszcze XIX stulecie, to mojem zdaniem, dopiero wtenczas najwięcéj się zbliżymy do naszego celu i ideału naszéj wiedzy i sztuki lekarskiéj, gdy zdołamy przeprowadzić w praktyce chirurgicznéj wojennéj takie reformy, któreby już regulaminem wojskowym każdą ranę zadaną na polu bitwy jak można najrychléj i na pewno zabezpieczały od zakażenia.

Czy dzisiejsze przepisy i rozporządzenia wojskowe, przedewszystkiem w armii austryjackiéj, czynią zupełnie zadość tym wymaganiom teoryi, czy z chwilą wprowadzenia nowéj broni dalekonośnéj małego kalibru stają się niezbędnemi równomierne reformy i ulepszenia w dziale służby sanitarnéj, która ma spełniać jedno z najważniejszych zadań w 1-éj linii na przyszłem polu walki, czy ona jest w dostatecznéj ilości i odpowiednio wyćwiczoną czy nie powinny a nawet muszą zostać przeprowadzane we wszystkich armijach takiego rodzaju ulepszenia, któreby doprowadziły do ostatecznych możliwych granic jak najszybsze usunięcie i transport rannego żołnierza z 1-éj linii — są to pytania tak ważne i doniosłe, a wobec nowéj ustawy wojskowéj każdego z nas bezpośrednio dotyczące, iż uznałem za odpowiednie poddać je rozwadze Panów na 1-szym naszym zjeździe.

O ile zaś te wymagania teoryi dałyby się pogodzić z praktyką, przekonamy się dopiero po przeprowadzeniu wspólnéj i wyczerpującéj dyskusyi, tak ze strony naszéj, więcéj teoretycznéj, jak i ze strony fachowych kolegów wojskowych.

Wywołać dyskusyję, wzbudzić zainteresowanie się chirurgiją wojenną u polskich chirurgów, zachęcić do wspólnéj pracy i studyjów na tem polu, aby w przyszłéj wojnie wszyscy chirurdzy polscy postępowali według ile możności jednolitego i najracyjonalniejszego planu, to uważam za najważniejszy cel mego obecnego przemówienia.

Na razie, gdyby nas wojna prędzéj miała zaskoczyć, zanimbyśmy byli w stanie stworzyć to jednolite przygotowanie, zasada udzielania pierwszéj pomocy rannym daje się streścić w tem zdaniu: w pierwszéj linii na polu

---

[1]) Mam tu na myśli nie posterunek 1-szy (*Hilfsplatz*) 1000 kroków od linii bojowéj według regulaminu austr. odległy, lecz posterunek 2-gi (*Verbandplatz*) do 5000 kroków odległy, w ogóle miejscowości do których dosięgnąć mogą (z wyjątkiem zabezpieczonych miejsc we fortecach) pociski nieprzyjacielskie. W przyszłéj wojnie najcięższe i najważniejsze zadanie będą mieli chirurdzy w szpitalach polowych kilka mil odległych od pola walki.

walki najmniéj zajmować się raną, najwięcéj zaś rannym.[1])

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Podał

Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

2) Drugi tego rodzaju przypadek przedstawia się w sposób następujący: S. T. lat 22 licząca, z Galicyi, została dnia 20/4 1889 r. przyjętą na oddział ginekologiczny. Przed 3 tygodniami odbył się pierwszy poród w klinice położniczéj, gdzie w protokole zanotowano: ostatnia regul. w lipcu 1888, pierwsze ruchy płodu w grudniu 1888. Ciąża pierwsza, położenie płodu czaszkowe pierwsze, pierwsze bóle wystąpiły 30 marca 1889 o 10 rano, pęcherz płodowy pękł 31/3 o g. 2 rano. Ponieważ poród w domu nie postępował, przyniesiono rodzącą do kliniki 31/3 rano. Badanie wykazało niestosunek porodowy (*Conj. ext.* 18 ctm.) miednicę płaską i następowe osłabienie bólów porodowych, a ponieważ przedgłowie było znaczne i smółka odchodziła obok główki, a części rodne były obrzmiałe i suchawe, założono kleszcze na wysoko ustawioną główkę. Płód wydobyto żywy, donoszony, płci męzkiéj. Łożysko odeszło w 20 minut, po zastósowaniu metody Credego. Połóg prawidłowy. Klinikę opuściła wraz z dzieckiem 14/4 1889. Wywiady dalsze zebrane w szpitalu wykazały, że chora od samego opuszczenia kliniki czuła się nie zdrową, doznawała kłucia i boleści w brzuchu i że chód był bardzo utrudniony przez wzmagające się przytem boleści. Regularność u choréj od 14 r. życia, zawsze prawidłowa. Oprócz przebywania tyfusu nie przypomina sobie żadnych innych chorób. Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, ale anemiczna. Ciepłota ciała 37·3, tętno dobre 90. Na kończynach dolnych i górnych jakotéż na twarzy surowiczy mierny obrzęk. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty, szczególniéj dołem, tamże nad spojeniem łonowem i w prawéj okolicy nadpachwinowéj opór twardy, bolesny, na 2 palce nad spojeniem sięgający. Wargi sromne surowiczo obrzmiałe. Szpara sromowa rozwarta, tylny jéj brzeg zastąpiony przez bliznę po pęknięciu międzykrocza, sięgającą aż do otworu stolcowego, pochwa szeroka, gładka. Część pochwowa drobna, w osi miednicy umiejscowiona, dosyć miękka, ujście zewnętrzne tworzy poprzeczną szparę. Sklepienie tylne i lewe wolne, w prawem i przedniem wyczuć można obrzęk twardy, bolesny, niepodatny, nieruchomy, tuż przy macicy usadowiony. Sama macica niepowiększona, nieruchoma. W moczu mętnym ślad białka. Na podstawie tego badania rozpoznano: *Exsudatum parametriticum post partum, anaemia maj. gradus* i zalecono smarowanie zewnątrz tincturą jodową, gałki jodowe do pochwy i kąpiele całe i nasiadowe ciepłe. Gdy po paru dniach ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, podano żelazo w kroplach. Wśród obserwacyi zauważano tworzenie się ropnia w wardze mniejszéj lewéj, który też otworzono 30/3 i wypuszczono około $1/4$ litra ropy gęstéj cuchnącéj. Zgłębnik wprowadzony natrafił w górze na obnażoną z okostnéj kość lewą łonową. Założono do otworu po przestrzykaniu ropnia 3% kw. karb. gazę jodoformową. Wzgórek łonowy znacznie surowiczo obrzękły, bolesny. Już drugiego dnia po tem ciepłota ciała po dreszczach podskoczyła na 39°, a przy badaniu wykazano w obu płucach liczne furczenia i rzężenia różno-bańkowe, a po prawéj od dołu drobne i tamże odgłos wypukowy bębenkowy. Postawiono tedy zaraz po 20 suchych baniek na obie strony klatki piers. od tyłu. Ciepłota wieczorem 38·5, tęt. 120. Rozpoczęło się tedy dławcowe zapalenie dolnego płatu płuca prawego, które jednak po prawidłowym przebiegu w przeciągu 12 dni żadnego prawie śladu po sobie nie zostawiło. Mimo jednak ustąpienia téj sprawy i niemożności wykazania jakiejkolwiek innéj wewnętrznéj choroby, ciepłota ciała szczególniéj wieczorem podnosiła się zawsze do 40° i wyżéj w połączeniu z dreszczami. Obrzęk wzgórka łonowego, mimo, że ropa obficie odchodziła otworem sztucznie w wardze mniejszéj lewéj wykonanym, nie ustępował, bolesność zaś téj okolicy utrzymywała się ciągle bardzo znaczna. Badanie teraz przedsiębrane dozwoliło mimo obrzęku i bolesności wykazać rozstęp kości łonowych od przodu na 3 do 4 ctm. klinowato ku tyłowi się zwężający tak, że obie kości łonowe są ze sobą spojone tylko wązkim paskiem utrzymanych jeszcze w tyle kości i więzadeł. Rozpoznanie przeto zmieniono na *Caries necrotica ossium symph. pubis, sque diastasi ejusdem symphyseos.* Ponieważ mimo odpływu ropy, gorączka ciągle utrzymywała się w jednakiem wysokiem nasileniu, chora slabła i chudła, nabrała cery ziemisto-żółtéj i w oczach prawie niknęła, przeto dnia 25/5 1890 wykonałem z pomocą Dra Bukowskiego operacyję w celu oczyszczenia jamy ropnia do około spojenia łonowego usadowionego. Przeciąłem tedy skórę i tkankę podskórną aż do kości po stronie lewéj na granicy między dużą a małą wargą sromową, cięciem podłużnem koło 8 cntm. długiem, to jest odpowiednio do najwybitniejszego obrzęku i chełbotania. Po dokładnem zbadaniu palcem wnętrza ropnia okazał się ubytek w obu kościach łonowych stanowiących spojenie, od góry na 3 do 4 cm. szeroki, a zwężający się ku dołowi klinowato. Brzegi ubytku stanowi kość miękka, chropowata, nierówna. Od strony lewéj zatoka obszerna, 8 cm. długa, ku lewéj pachwinie dążąca, wypełniona gęstą, cuchnącą ropą i kawałkami nekrotycznych tkanin. Po stronie prawéj zatoka jeszcze większa tak, że musiałem między wargą większą a udem zrobić przeciwotwór, aby do téj jamy założyć sączek. Poza kośćmi łonowemi w środku przestwór rozległy, również taką cieczą wypełniony. Po dokładnem wyskrobaniu ostrą łyżeczką obumarłych części kości i ścian ropnia, pokrytych strzępami nekrotycznemi, wypłukałem wszystko dokładnie 5% i 3% rozczynem kwasu karbolowego, a następnie gazą jodoformową jamę wytamponowałem, założywszy pierwéj sączek gumowy, którego koniec przez przeciwotwór po stronie prawéj wyprowadziłem. Krwawienie było bardzo małe. Od tego czasu obraz zmienił się całkowicie i chora, która już ostatkami sił żywotnych się utrzymywała, szybko teraz do zdrowia przychodzić poczęła. Gojenie było zupełnie prawidłowem, ciepłota normalna, apetyt wielki. Wreszcie 6 sierpnia, poczekawszy, aby zupełnie do sił wróciła, wypisałem chorą, zupełnie uleczoną. Kości łonowe tak dobrze spojone napowrót, iż tylko małe zagłębienie w miejscu dawnego ubytku wymacać można, a chód zupełnie normalny nie sprawia żadnych trudności.

W obu tedy przypadkach mieliśmy do czynienia z rozstępem i następowem zropieniem stawu, kości łonowe łączącego. W pierwszym rozstęp był całkowitym odrazu, w drugim zdaje się wywołany został przez zapalenie, do którego zropienie się dołączyło. W obu również poród musiał być przez założenie kleszczy na wysoko ustawioną główkę ukończonym.

Mimo że tak dawno zboczenie to jest znanem i względnie często przytaczanem, to jednak mechanizm powstawania takowego nie jest jeszcze na pewne skonstatowanym.

Ahlfeld zwrócił uwagę na okoliczność, że kości miednicowe, tworząc jednostajny twardy pierścień, muszą w razie użycia takiéj siły, która może wywołać rozstąpienie stawów, ulédz pęknięciu najmniéj w dwóch punktach. Jednakże znanych jest dosyć przypadków jak: Murata, Greusera, Galvagnego, Köstlina, Hoffmanna, Gmelina, Schauty, Martina, Acrek Olansa, Meissnera, Scanzoniego, Wahla, Adamsa, Bauterona, Paulliego, Heckera i Fraissa, którzy opisując takowe, wspominają o pęknięciu li tylko jednego połączenia stawowego, a to najczęściéj w spojeniu łonowem. Teoryja Ahlfelda fizycznie biorąc ma wszelką racyję za sobą, ale tylko w przypadkach, gdzie stawy miednicowe w zupełnie prawidłowych znajdują się stosunkach. Jeżeli jednak już poprze-

[1]) Obszerna dyskusyja o chirurgii wojennéj pomieszczoną zostanie w „Sprawozdaniach I i II Zjazdu chirurgów polskich“.

dnio zaszły w którym z nich zmiany jakieś patologiczne, usposabiające staw taki do łatwiejszego pęknięcia, zasady téj zastosować nie można, gdyż wówczas podatność tego koła, a raczéj jego spojność już nie jest jednostajną, lecz właśnie w jednem lub drugiem spojeniu mniéj lub więcéj osłabioną. Mało wprawdzie spotykamy w literaturze przypadków takich, z którychby jasno wynikało niezawodne następstwo jednéj nieprawidłowości za drugą, a jednak trudno przypuścić, aby bez tego mogło przyjść do skutku tak znaczne zboczenie. Niezawodnie, że najczęstszą przyczyną tego pęknięcia jest siła wywarta przez działanie kleszczy i w tych przypadkach mogłoby się wydawać to zboczenie naturalnem następstwem, jednak, jak dowodzi Poullet, do wykonania prawidłowego operacyi kleszczowéj nie potrzeba użycia większéj siły niż 251 grm. Aby zaś wywołać pęknięcie w stawach miednicowych, czego próbował na trupach położnic, użyć musiał 170 do 200 kgrm. siły. Jasną więc z tego jest rzeczą, że wobec prawidłowego stanu połączeń kości miednicowych trudno jest kleszczom, jako sile ciągnącéj, wywołać takie zniszczenie pomimo twierdzenia Schauty, że zawczesne podniesienie rączek kleszczy wśród silnéj trakcyi działa jako klin rozpychający kości łonowe, a w takich razach najłatwiéj powstaje pęknięcie. Ale tem też łatwiéj ono do skutku przyjdzie, gdy prawidłowe stosunki stawów są zniesione. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

Jest rzeczą zupełnie naturalną, że pisma lekarskie niemieckie przepełnione są artykułami o wynikach dalszych badań nad działaniem środka Kocha, który Rosenbach we Wrocławiu radzi nazwać „kochinem“. Nie możemy w łamach „Przeglądu“ umieszczać obszernych sprawozdań z prac w téj kwestyi ogłoszonych i dlatego poświęcamy jej osobną rubrykę, w któréj będziemy się starali zapoznawać szan. Czytelników „Przeglądu“ ze spostrzeżeniami o wynikach leczenia środkiem Kocha, naturalnie w krótkości, o ile na to ramy pisma naszego pozwalają, podając zresztą szan. Czytelnikom źródła, w których wiadomość obszerniejszą czerpać mogą, jeżeli ich jedna lub druga praca więcéj zainteresuje.

Redakcyja.

Gruźlica płuc. Fraentzel przedstawił w Charité dwóch pacyjentów, których po dwumiesięcznem leczeniu wypuszcza ze szpitala z wyraźnem polepszeniem. Zupełnego wyleczenia nie należy się zdaniem F. po tak krótkim czasie spodziewać, nawet w pierwszych początkach gruźlicy płuc. Prątki gruźlicze u tych chorych znajdują się jeszcze w plwocinach, jakkolwiek podmiotowo czują się oni bardzo dobrze, wolni są od potów, kaszlu i przybrali na wadze. Chorzy ci mają co 2 tygodnie zgłaszać się do zakładu i jeżeli na próbną injekcyję nie będą oddziaływali, wypuszczani będą do domu, w przeciwnym razie podda się ich ponownemu leczeniu. Jeden z chorych F. dostał podczas leczenia albuminuryi przy braku jakichkolwiek części morfotycznych w moczu i pomimo, że tenże już po dłuższem leczeniu nie oddziaływał na środek Kocha, to w tym samym czasie nagle począł oddziaływać a w plwocinach pokazała się spora ilość zdrowych prątków. F. uważa to za nową infekcyję (co przemawia przeciw możności osiągania środkiem Kocha *„immunitas“*. Przyp. spraw.) (*Berl. klin. Woch.* Nr. 49.)

Jaksch w Pradze przemawia za tem, aby zamiast strzykawki Kocha używać znacznie wygodniejszéj zwyczajnéj strzykawki Pravaza z tłokiem asbestowym, którą należy przed każdem użyciem dokładnie sterylizować. W klinice J. chorzy leczeni środkiem Kocha znajdują się dzień i noc pod ciągłą obserwacyją lekarską, a wobec gruźlicy zewnętrznéj zdejmuje się fotografije chorobą dotkniętych części przed i po wstrzyknięciu. U wszystkich chorych dotkniętych gruźlicą płuc, ilość plwocin po wstrzyknięciu zwiększała się, plwociny stały się śluzowe, pieniste, a ilość rzężeń się zmniejsza. J. przypisuje te zmiany nie leczeniu sprawy chorobowéj, lecz działaniu wykrztuśnemu. Poty nocne ustają i następuje euforyja, którą w znacznéj części przypisać należy autosuggestyi, pod wpływem któréj znajdują się chorzy wiedzący, że się ich leczy środkiem Kocha — a o tem wiedzą wszyscy.

Co do dyjagnostycznéj wartości środka, przypisuje mu J. wielkie znaczenie i na dowód tego przytacza kilka pouczających przypadków, którym jednak, jak wszystkim niemal spostrzeżeniom dotychczasowym, brak najważniejszego kryteryjum, t. j. sekcyi. Prątki same doznają zdaniem J. zmian morfologicznych a prawdopodobnie także bijologicznych. Czy środek Kocha zabija prątki gruźlicze, czas dopiero pokaże, a zatem dopiero po bardzo długiéj obserwacyi pojedyńczych przypadków można będzie rozstrzygnąć, jaka jest wartość środka Kocha w leczeniu gruźlicy. (*Wien. Med. Presse*, Nr, 49).

Prof. Gerhardt w Berlinie w wykładzie klinicznym po przedstawieniu 12 chorych leczonych środkiem Kocha, wysnuwa ze spostrzeżeń swoich wniosek, że środek ten jest odczynnikiem na tkankę gruźliczą, który szczególnie gruźlicze zmiany na skórze i w krtani odkrywa, które przedtem były ukryte. Ilość prątków w plwocinach może się po dłuższym czasie zmienić, lecz G. nie przypisuje znaczenia t. z. zmianom wstecznym w prątkach samych. (*Wien. med. Presse*, Nr. 49).

Pierwsze **badanie anatomiczne** zmian gruźliczych leczonych środkiem Kocha wykonał Israel w zakł. anat. patol. w Berlinie. Tyczyło się ono stawu gruźlicą zajętego, który Köhler otworzył, a w którym znaleziono gęstą ropę, zmięszaną z drobnemi grudkami masy serowatéj. Badanie mikroskopowe ropy okazało tak wielką ilość ciałek ropnych, jakiéj nigdy nie napotykamy w płynie wypełniającym jamy gruźlicze. Ilość prątków w ropie była skąpą. Strzępki i grudki nekrotyczne w obrazie mikroskopowym składały się z włókien tk. łącznéj, wśród któréj mnóstwo znajdowało się ciałek ropnych, a tu i ówdzie naczyńka wypełnione ciałkami krwi. Ściana jamy okazywała 3 warstwy, z których wewnętrzna 1 cm. gruba była nekrotyczną, druga 0 5 szeroka jaśniejsza, częściowo tłuszczowo zwyrodniała, a zewnętrzna okazywała cechy żywéj tkanki granulacyjnéj. Prątki gruźlicze znachodziły się tylko w warstwie nekrotycznéj i środkowéj. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 48).

Doc. Kromeyer w Halli badał mikroskopowo skórę dotkniętą liszajem leczonym wstrzykiwaniami środkiem Kocha. W czasie wycinania skóra była obrzmiała i mocno zaczerwieniona, nie pokryta strupami. Pod drobnowidem przyskórek w okolicy miejsca chorobowo zmienionego okazywał zmiany zapalne ostre — wypocinę płynną i ciałka wypocinowe. Najbliższe otoczenie gruzełków uległo zapaleniu ropnemu. Naczynia włosowate i drobne były zatorowane przez mnóstwo ciałek białych i drobnych skrzepów włóknika. Gruczoły chłonnicze podszczękowe, których przed injekcyją wyczuć nie można było, były po injekcyi obrzmiałe i bolesne. Wszystko to wskazuje na ostre zapalenie okolicy gruźlicą zajętéj pod wpływem środka Kocha, które to zapalenie prowadzi do zropienia ognisk gruźliczych. Bezpośredniego obumierania gruzełków Kr. nie spostrzegał. Jeżeli zmiany te zapalne są cechą działania środka Kocha we wszystkich przypadkach, to jego stosowanie jest niebezpieczne w obec rozległych ognisk gruźliczych w płucach, gdyż w około każdego takiego ogniska powstawać musi wypocina zapalna do sąsiednich zdrowych pęcherzyków płucnych, co może za sobą pociągnąć nagłe znaczne zmniejszenie powierzchni oddechowéj i obrzęk płuc. (*Deut. Med. Woch.* Nr. 49). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Patologija.

Z pracowni Kocha. Behring i Kitasato: **O sposobie powstawania odporności dla jadu błonicy i tężca.**

W badaniach swoich nad błonicą i tężcem zajmowali się także autorowie kwestyją leczenia i odporności. Główny wniosek, jaki się z pracy ich wysnuć daje, jest następujący: Odporność królików i myszy dla jadu tężco-

wego polega na zdolności surowicy krwi czynienia trujących istot, wytwarzanych przez prątki tężca, nieszkodliwemi. Własność ta krwi jest tak trwałą, że utrzymuje się w innym organizmie, któremu krew taką, względnie surowicę krwi, wstrzyknięto. Zdolności niszczenia istot trujących nie posiada krew zwierząt, których nie uczyniono odpornemi. W jaki sposób autorowie sprowadzają tę odporność, tego na razie nie podają, natomiast przytaczają kilka doświadczeń, z których rzeczywiście wynika, że surowica krwi zwierząt odpornych czyni nieszkodliwemi nietylko żywe prątki tężca, ale także sam jad tężcowy i dyfterytyczny. W końcu autorowie zwracają uwagę na wnioski, które z ich prac dla leczenia tężca i błonicy u człowieka wysnuć można i na tę okoliczność, że transfuzyi krwi, która dawniéj uważaną była jako środek w niektórych razach bardzo skuteczny, nie można zastąpić przez infuzyję soli kuchennéj. *(Deutsche med. Wochenschr.* 1890, Nr. 49). *Dr. Beck.*

V. Metoda Kocha w stacyjach klimatycznych.

Napisał
Dr. Buzdygan
II. asystent kliniki lek. w Krakowie.

Görbersdorf, d. 2 grudnia 1890.

Zaledwie upłynęło dwa tygodnie od chwili wielkiego odkrycia, a pole doświadczeń z dniem każdym więcéj się rozszerza, nadchodzi coraz więcéj spostrzeżeń klinicznych z różnych miast, a prawie po Berlinie pierwsze z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Dotąd prawie jedynym i względnie najlepszym środkiem leczniczym w gruźlicy płuc okazał się klimat górski i zwiększone żywienie. Nasuwa się tedy pytanie, czy i jaki ma wpływ leczenie klimatyczne przy zastosowaniu metody Kocha. Ażeby się naocznie o rzeczy przekonać, udałem się do Görbersdorfu, jednéj z pierwszych stacyj klimatycznych, gdzie korzystając z uprzejmości kierowników zakładów Dra Wolfa (dawniéj Brehmera) i Dra Römplera oraz ich asystentów, mógłem robić moje spostrzeżenia na licznym materyjale.

Görbersdorf położony 1520 stóp nad poziomem morza w kotlinie wąskiéj, otoczonéj zewsząd górami pokrytemi lasem szpilkowym — ma dwa większe zakłady klimatyczne: Brehmera, obecnie 130 chorych i Dra Römplera 66 chorych; z tych u Brehmera dotąd zaszczepiono 74, a u Römplera 36 chorych.

Do injekcyj w zakładzie pierwszym używają nie strzykawki Kocha, ale własnéj konstrukcyi, złożonéj z dwu walców szklanych wsuwalnych jeden w drugi; wewnętrzny z podziałką, na którego dolnym końcu przytwierdzona igła, a na górnym mieści się otworek; walec zewnętrzny szczelnie połączony z wewnętrznym za pomocą pierścienia gumowego. Przez rozsuwanie lub wsuwanie walców płyn wchodzi lub wychodzi ze strzykawki. Przyrząd bardzo prosty i łatwo dający się oczyścić. W zakładzie Römplera posługują się zwykłą strzykawką Pravaza.

Nie mogę się tu zapuszczać w szczegółowe sprawozdanie, bo każdy z tych zakładów ogłosi takowe w swoim czasie i słusznie zastrzega sobie prawa pierwszeństwa, ograniczę się tylko do ogólnych uwag, oraz przedstawię niektóre rzadsze spostrzeżenia.

Z 110 zaszczepionych największy procent przypada na wiek od 20—30 lat, znacznie mniéj poniżéj 20 lat, lub wyżéj 30 roku; co do płci po równéj liczbie. Okazują oni przeważnie nacieki gruźlicze w obu szczytach, rzadziéj w jednym szczycie bez gorączki lub ze stanem podgorączkowym pod wieczór.

Przed rozpoczęciem wstrzykiwań przynajmniéj na dwa dni oznacza się ciepłotę co 3 godziny, ilość plwocin, jakość i obecność prątków oraz ich przybliżoną ilość i jakość i wagę ciała. Zaczyna się zazwyczaj od 0·001, tylko w znacznem osłabieniu od 0·0005, powtarza się injekcyję w dawce zdwojonéj co drugi dzień, więc 2, 4, 6, 8 miligrm. i 0·01. Jeżeli reakcyja była silna, chory czuje się dnia następnego zbity, osłabiony, to się pauzuje 2 nawet 3 dni i podnosi się dawkę tylko o 1 miligrm.

Reakcyja występuje tu zazwyczaj wśród objawów bardzo łagodnych. W 10, niekiedy dopiero po 12 godzinach od zastrzyknięcia pojawia się słabe uczucie ziębienia lub dreszcz wyraźny $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny trwający, ból głowy, nudności, rzadko wymioty, kaszel z początku suchy, wreszcie obfite plwociny pieniste z bryłkami ropnemi, ciepłota podnosi się do 39° wyjątkowo do 40·4°. Niekiedy pojawia się tylko rozłamanie, rozdrażnienie, uczucie ciężkości lub bólu w piersiach z bardzo nieznacznem podniesieniem ciepłoty lub bez takowego i takie podmiotowe tylko objawy uważa się już za reakcyję. Po upływie doby objawy wszystkie ustępują, tylko kaszel częstszy, plwociny obfite. Chorzy z początku czują się osłabieni, mimoto wychodzą na spacer, używają ślizgawki i mimo mrozu cały czas wolny od reakcyi spędzają na wolnem powietrzu. Po kilku injekcyjach chorzy tacy czują się podmiotowo lepiéj, mniéj kaszlą, jedzą i śpią lepiéj i przybywają na wadze. Ten łagodny przebieg reakcyi i widoczne tak podmiotowe jak i przedmiotowe polepszenie po 5, 6 injekcyjach, jakie zauważyłem w wielu przypadkach, czy należy brać na karb klimatu górskiego, czy innych okoliczności, nie chcę przesądzać. Za działaniem klimatu przemawiałoby, że te zbawienne objawy spostrzega się przeważnie u osób, które już od kilku a nawet kilkunastu miesięcy przebywają w Görbersdorfie i pod wpływem klimatu ich stan zdrowia przed injekcyjami znacznie się poprawił. Albo organizm chorego stał się odporniejszym na działanie prątków, albo może pod wpływem czystego powietrza górskiego produkta tych prątków nie są tak trujące. Należy jednak podnieść, że do zakładów klimatycznych przybywają ludzie po większéj części ze zmianami początkowemi i nieznacznemi w płucach, podczas gdy do zakładów zamkniętych, jak kliniki, szpitala, zgłaszają się chorzy z głębszemi zmianami. To jest idealny przebieg reakcyi. A teraz należy wspomnieć i o przebiegu nieprawidłowym.

Zdarza się nierzadko, że tylko po pierwszéj injekcyi, to jest po 0·001, nastaje wyraźna reakcyja, po każdéj następnéj już jest słabsza, mimo, że się dawkę podwaja tak, że po 0·01, 0·02 wcale niema podwyższenia ciepłoty i innych objawów, a w plwocinach przecież znajdują się prątki obficiéj, niż przed injekcyjami.

U innych chorych z początku po 2, 3 injekcyjach wcale reakcyi niema, dopiero po wstrzyknięciu 0·008, 0·01 reakcyja się zjawia niekiedy słaba lub nawet gwałtowna z ciepłotą do 40·4° i znacznem osłabieniem.

Obserwowałem kilka przypadków, gdzie mimo obecności prątków w plwocinach reakcyi wcale nie było po żadnem zastrzyknięciu, nawet po 0·01. Dzieje się to u ludzi, u których od dłuższego czasu nastała znaczna poprawa w stanie zdrowia i których na wadze przybyło o kilkanaście funtów. W takich więc przypadkach injekcyja w celach rozpoznawczych traci na wartości, chyba, że tą rozpoznawczą injekcyją będzie o wiele większa dawka, niż ją Koch podaje, któréj jednak ze względów ostrożności nie można odrazu bez stopniowania zastosować. Dotychczasowe doświadczenie przekonywa mnie coraz więcéj, że injekcyja w celu rozpoznawczym nie jest jeszcze pewnikiem.

Również zauważyłem kilkakrotnie u chorych ze stanem podgorączkowym, że po injekcyjach ciepłota nie tylko się nie podniosła, ale przeciwnie każdego następnego dnia zniżała się o kilka dziesiętnych. U jednéj chorej od miesiąca każdego wieczoru kilkakrotny dreszcz, ciepłota dochodziła do 38°, ubytek na wadze 3 funty, po drugiej injekcyi już się nie pojawiły dreszcze w dniu wolnym od wstrzykiwań, a ciepłota wieczorem 37·2.

A teraz należy zwrócić uwagę i na czarną kartę naszych doświadczeń.

U osób wyniszczonych długą chorobą, z rozległemi naciekami w płucach lub destrukcyją, injekcyja przyniesie tylko szkodę choremu. Z powodu już wysokiej ciepłoty w czasie reakcyi łatwo nastaje zapad lub nawet śmierć. W jednym

przypadku z rozległym naciekiem prawie całego prawego płuca już po 0·0005 nastała śmierć trzeciego dnia po injekcyi. W drugim naciek rozległy w górnym i środkowym płacie płuca prawego, niewyraźne objawy destrukcyi, po injekcyi z 0·001 jama wyraźna zbliżyła się ku powierzchni płuca a następnie wywołała rozlegle suche zapalenie opłucny, tak, że tarcie pod ręką łatwo się wyczuwa. Ogólny stan chorej znacznie się pogorszył, zapad wkrótce uwolni chorą od cierpień. Trzeci przypadek; osoba młoda z naciekiem także dużym, po injekcyi objawy zapalenia płuc, stan groźny. Czwarty, lekarz około 40 lat mający, dobrze zbudowany i odżywiony, obok nieznacznych zmian w szczytach lekkie obrzmienie błony śluzowéj gardła, głos słaby, ale czysty, stan bezgorączkowy, siły dobre. Po injekcyi 0·001 wielkie osłabienie, codziennie dreszcze, gorączka, poty, których przedtem nie było, silne obrzmienie błony śluzowej krtani, bezgłos, duszność, tak, że w pogotowiu są narzędzia do tracheotomii, a sam chory rozpoznaje u siebie suchoty galopujące, nacieki w płucach szybko się powiększają. Ten ostatni przykład jest odstraszający od injekcyj, bo w tak dobrych względnie warunkach nastało tak szybko spustoszenie.

W przypadku pierwotnéj gruźlicy nerek po wstrzyknięciu reakcyja słaba, a objawów ze strony narządu moczowego nie było.

U chorych skłonnych poprzednio do krwotoków płucnych, a którzy teraz mają się lepiéj, po injekcyjach krwi nie zauważyłem, u jednéj tylko dziewczynki 12 letniéj pokazało się około 2 łyżeczek krwi.

U młodzieńca 23-letniego obok nacieku w szczytach obrzęk gruczołu podszczękowego, po wstrzyknięciu gruczoł powiększył się nagle prawie w trójnasób, a obecnie się zmniejsza. Zjawił się i zdrowy człowiek, który zamierzając wstąpić w związki małżeńskie, chciał się upewnić, ażali jest wolny od prątków gruźliczych; po dwu injekcyjach z 0·002 i 0·004 nie widząc najmniejszej reakcyi, ucieszony pospieszył na hymen.

Wśród gwałtownéj reakcyi obok nudności, wymiotów, wysokiej ciepłoty najprzykrzejszy objaw jest bardzo przyspieszony oddech, który się potęguje do znacznej duszności. W jednym z takich przypadków wystąpiła nagła zamartwica; chory z otwartemi ustami, z trwogą na twarzy i oczach ani jednego ruchu oddechowego już nie może wykonać, injekcyja z morfiny usunęła zaraz ten groźny objaw, a chory po chwili odkrztusił kłęby zbitéj flegmy i doznał zaraz ulgi.

Najstalszym i najwybitniejszym objawem po injekcyi jest zwiększona ilość plwocin, nieraz 10—15 razy, w których znajduje się znacznie zwiększona ilość prątków, tak, że całe pole widzenia zasłane jest nie pojedynczemi okazami, ale całemi gniazdami prątków. Prątki te są chudsze i okazują skłonność do dzielenia się. Wśród takiego obfitego odpluwania ciepłota stale się obniża i zdąża do prawidłowej. Z tego możnaby przypuszczać, że objawy gorączki u suchotników zależą głównie od ilości prątków, a raczéj może od ilości ich produktów trujących. Injekcyja zatem, gdyby już tylko działała jako środek wykrztuśny, wyrzucając z płuc masy prątków, mogłaby przynajmniej na czas jakiś powstrzymać rozwój choroby.

Szczegółowe spostrzeżenia ze stacyj klimatycznych będą miały niepośledną wartość, bo będą oparte na materyjale obfitym ze skalą zmian chorobowych rozległą.

Codzień napływają do obu zakładów chorzy z różnych krajów wyłącznie w celu szczepienia.

Bonn nad Renem 5 grudnia 1890.

Po spostrzeżeniach w górach Olbrzymich dla uchwycenia przeciwieństwa przeniosłem się na rozległe płaszczyzny wspaniałego Renu do Bonn. Brak miejsca nie pozwala mi choćby w krótkości opisać tutejsze kliniki, wzniesione już po roku 1880 tuż nad brzegiem Renu, — nauka w nich godnie i wygodnie przebywać i rozrastać się może. Wszystko urządzone wedle najnowszych wymagań i postępu nauki. Szczepienia Kochowskie przeprowadzają tu już w trzech klinikach: wewnętrznéj, chirurgicznéj i klinice dla chorób skórnych.

W klinice wewnętrznéj prof. Schulzego zaszczepiono 24 chorych głównie ze zmianami w płucach i krtani. Reakcyje występują wcześniej niż w Görbersdorfie, są silniejsze, z wysoką ciepłotą i objawami nerwowemi. Lekarze tutejsi biorą się do injekcyj z wielką ostrożnością; zaczynają od 0·0005 i tę samą ilość powtarzają 3—4 razy, zaczem o jeden miligram podwyższą. O jakimś dodatnim wyniku nie pora jeszcze i mówić. Chorzy z owrzodzeniami w krtani czują ulgę przy połykaniu i mniejszą bolesność. W klinice chirurgicznéj prof. Trendelenburga zaszczepiono 42 chorych przeważnie ze zmianami w kościach, stawach i wilkiem. Zaczynają injekcyje od 0·001 i również ostrożnie stopniują, a mimo to reakcyje silne i kilka razy groźne objawy. U chorego z wrzodami w krtani wystąpiło nagle takie obrzmienie i duszność, że musiano wykonać tracheotomiję. Jeden tylko przypadek wilka widziałem dobrze podgojony; na jednym policzku po odpadnięciu strupów pozostała skóra gładka, czerwona; po drugiéj stronie jeszcze strupy silnie się trzymały.

W klinice skórnéj dopiero od kilku dni zaszczepiono 8 chorych z wilkiem. Tak więc jeszcze znikąd nie można przynieść pożądanych wyników; w najlepszym razie cieszyć się trzeba, gdy ujemne a groźne skutki nie przerwą dalszych doświadczeń.

Limfa Dra Kocha, a szkoła Wiedeńska.

Do Berlina jeździć już niepotrzebuje, kto chce poznać głośne odkrycie Dra Kocha. Kilka tygodni wstecz wyjazd do stolicy Niemiec stał się był rzeczywiście modnym i spieszyło do niéj choćby na dni parę wielu lekarzy złudnemi nadziejami żywionych, tak jakby akt zastrzykiwania podskórnego był im nieznanym. Cóż bowiem pouczyć może kilkudniowe, choćby nawet kilkutygodniowe pobieżne studyjum w Berlinie wtedy, gdy zachodzi potrzeba dokładnéj, długiéj, niezmordowanéj obserwacyi. Toć jeśli podróż do Berlina przed kilku tygodniami dla lekarza praktycznego za bezcelową (ze stanowiska naukowego) uważałem, to dziś jest ona zbyteczną, zważywszy iż na naszych Wszechnicach (Kraków, Wiedeń itd.) już rozpoczęto z limfą Kocha doświadczenia, która tylko nielekarzom mniéj efektownemi wydać się mogą, a o których twierdzę, iż u nas nierównie dokładniéj i staranniéj przeprowadzonemi zostaną od doświadczeń rozgorączkowanego Berlina, których niedokładność tak słusznie podnosi kolega Surzycki w Nrze 47 „Przeglądu Lekarskiego“ na str. 663 i 664.

Mieszkając podczas bieżącego roku szkolnego w Wiedniu korzystam ze sposobności obserwowania téj nowéj sprawy, a że najprędziéj zrozumieć można sprawy bezpośrednio zmysłom naszym podpadające, przeto postanowiłem rozpocząć studyjum działania limfy Dra Kocha na oddziałach z chorobami zewnętrznemi, mianowicie na oddziale chorób skórnych prof. Kaposiego. Droga to zdaniem mojem najprostsza, a przytem wszelka łatwość przypatrzenia się doświadczeniom z bliska, zważywszy, iż asystentem na tym oddziale jest Polak, Dr. Łukasiewcz, lekarz dla ziomków swoich niezmiernie przychylny i przystępny. Jemu też głównie zawdzięczam możność zebrania kilku następnych uwag, za co na tem miejscu niechaj mi będzie wolno złożyć mu uprzejme podziękowanie.

Lecz przystąpmy do rzeczy: Na oddziale prof. Kaposiego już od paru tygodni przygotowywano i gromadzono materyjał do doświadczeń z limfą Kocha. Wszystkich chorych do tego się kwalifikujących badano przy pomocy internistów, niepomijając badania krwi, moczu i t. d. Stopniowo uzupełniał się plan spodziewanych doświadczeń, o których dodam, iż do materyjału na ten cel przeznaczonego prócz chorych z liszajem żrącym postanowiono dołączyć jeszcze osoby z innemi chorobami zewnętrznemi. Kładę nacisk na tę ostatnią okoliczność, która rzuci światło na wartość rozpoznawczą zastrzykiwań limfą Kocha. Wreszcie powiedzieć jeszcze muszę, iż na podstawie badań organów wewnętrznych u wszystkich chorych, przeznaczonych do doświadczeń, wykluczono gruźlicę płucną — u jednego zaś chorego z liszajem żrącym skonstatowano białkomocz małego stopnia.

Wreszcie nadeszła z Berlina wyczekiwana przesyłka nieodznaczająca się żadnem osobliwem, wyjątkowo starannem opakowaniem. Pudełko z miękkiego drzewa z ścianami grubości pudełka na cygara zawierało flaszkę z korkiem szklanym niczem nieróżniącą się od flaszek do odczynników chemicznych. Przesyłka zawierająca 5·0 limfy Kocha kosztowała 25 marek, więc cena jednego grama wynosi obecnie na naszą monetę 3 fl. w. a.

Dnia 29-go listopada b. r. w sobotę o godzinie 9-téj rano przystąpiono do wstrzykiwań przy licznym udziale uczniów i lekarzy. Zastrzyknięto: 1. Czternastu chorym na liszaj żrący, umiejscowiony bądź na twarzy, bądź na kończynach. 2. Jednéj choréj *cum lupo erythematoso acuto* na twarzy i na rękach (a zatem z chorobą niegruźliczą). 3. Jednéj choréj *cum lepra Arabum*, przedstawiającą formę plamistą. 4. Jednéj choréj *cum tuberculosi verrucosa cutis*, u któréj poprzednio skonstatowano obecność lasecznikow Kocha. Téj choréj wstrzyknięto dawkę najsilniejszą to jest 0·007. 5. Choremu jednemu *cum sarcomate pharyngis* dla sprawdzenia spostrzeżeń Kocha, który twierdzi, iż pierwsze a najsilniejsze zmiany reakcyjne po zastrzyknięciu stale występują na błonach śluzowych. 6. Dwom chorym *cum lue* (1 przypadek przedstawiający formę *s. tuberosa*, 2 gi zaś *gummosa*). 7. Jeden z przypadków sub. 1 przedstawiał prócz liszaja na nosie kilka blizn starych po przebytem próchnieniu żeber, jakoteż świeżo tworzącą się bliznę, powstałą skutkiem *caries claviculae*, przedstawiającą wrzód płytki, czysty, w okresie wyraźnego zabliźniania. U wszystkich tych dwudziestu chorych według Dra Kocha wybrano plecy za miejsce do wstrzykiwań.

Przebieg po téj manipulacyi był różny. I tak u niektórych osób reakcyja miejscowa poprzedziła ogólną, u innych stało się przeciwnie. Były także przypadki, gdzie obie reakcyje występować zaczęły równocześnie. Bardzo prędko, bo już około 1-éj popołudniu wystąpiła reakcyja tak ogólna, jak i miejscowa u kobiety *cum lepra Arabum*. Rychło stawał się widocznym wpływ zastrzykniętéj limfy na chorą tkankę; miejsca bowiem skóry poprzednio wyrażnie tylko plamami pokryte zmieniły się na wielkie, płaskie i dość głęboko sięgające nacieki. Barwa plam także wyraźniéj wystąpiła. W parę godzin późniéj u 3 osób *cum lupo vulg.* pojawiło się zaczerwienienie świeże efloresencyi z silną bolesnością i uczuciem palenia. U jednego z tych ostatnich reakcyja miejscowa jakoteż *erythema universale* wywołane limfą Kocha (*ergo E. toxicum*) wystąpiły przed pojawieniem się gorączki. Z kolei sprawdzono podobnąż reakcyję tak miejscową jak i ogólną u dwóch chorych z liszajem żrącym, u których użyto dość znacznéj dawki limfy (0·006). Lecz i u reszty osób, u których użyto dawek najmniejszych (0·003), wystąpiły zmiany reakcyjne téj saméj natury, u kilku z nich irytacyja miejscowa nieograniczyła się do samych tylko miejsc skóry liszajem zajętych, ale nawet skóra zdrowa przyległa okazywała skutki wyraźnego podrażnienia i widoczną była obwódka erysipelatyczna otaczająca liszaj naokoło. W dwóch przypadkach wystąpiło *Erythema universale*. Słusznie jednak Dr. Łukasiewicz zwracał uwagę, iż u jednego z nich poprzednio po każdorazowem wypaleniu guzków liszajowych występowało również *erythema universale*, tak że o toksycznéj naturze téj osutki u chorego ostatniego powątpiewaćby słusznie należało. Lecz najwięcéj zastanowił wszystkich wpływ zastrzykniętéj limfy Kocha na chorą *cum lupo erythematoso acuto*. Choroba ta prowadząca do zaniku bez ropienia, a odznaczająca się wytwarzaniem suchych seboroicznych łusek, nie jest liszajem (*lupus*) i jak powszechnie wiadomo nie należy do rzędu spraw gruźliczych. Pomimo to jednak u téj choréj właśnie reakcyja tak ogólna, jak i miejscowa wystąpiła najsilniéj, prawie groźnie. Ciepłota ciała doszła do 40·0° C., chora dostała wymiotów, majaczyła. Miejscowe nasiąknięcie surowicze efloresencyj było tak silne, iż potworzyło się tamże kilka pęcherzyków i krost, a sucha przedtem powierzchnia wilgotną się stała. Chora ta jeszcze przez wtorek gorączkowała (38·0° C.) i robiła wrażenie choréj dotkniętéj ciężką, ubezwładniającą chorobą. Dopiero we środę powróciła do poprzedniego stanu zdrowia. Przypadek *cum tb. verrucosa cutis* pomimo najsilniejszéj dawki (0·007) nie okazał żadnéj reakcyi, tak samo oba przypadki *cum lue*. Chory *cum sarcomate pharyngis* dopiero na drugi dzień dostał nudności, zawrotu głowy i gorączki (38·3° C.). Miejscowe podrażnienie polegało na zaczerwienienin błony śluzowéj, pokrywającéj nowotwór i na utworzeniu się kilku pęcherzyków. Co do choréj sub. 7, u któréj były stare blizny w okolicy mostka, jakoteż blizna świeżo się tworząca skutkiem przebytéj *caries claviculae*, po zastrzyknięciu limfy prócz reakcyi na nosie odświeżył się wrzód w okolicy obojczyka, brzegi jego zaczerwieniły się mocno i zapuchły, nadto powierzchnia jego, przed zastrzyknięciem czysta i sucha, pokryła się ropą obficie. Stare zaś blizny niedozualy żadnéj zmiany. U tego chorego reakcyja ogólna była silną i dłużéj trwającą. U reszty chorych reakcyja ogólna, wywołana tem pierwszem wstrzyknięciem limfy, utrzymywała się przez noc następną, u niewielu tylko do niedzieli wieczorem. Co do reakcyi miejscowéj u wszystkich chorych na liszaj żrący po ustąpieniu obrzmienia, wywołanego limfą, potworzyły się na miejscach owrzodzonych lub świeżo zabliźnionych świeże strupy, na miejscach zaś niewrzodziejących widocznem było silne łuszczenie się przyskórka. Pomimo ścisłéj obserwacyi i badania tak makro- jak i mikroskopowego musimy z żalem wyznać, iż w żadnym z przypadków powyższych nie można było dostrzedz cofnięcia się choroby tak, iż już z góry wątpić wypada o szybkim przebiegu w kierunku dodatnim. Jeśli tedy metoda Kocha u wymienionych chorych skuteczną się okaże, to dużo jeszcze upłynie czasu, nadto okaże się z pewnością potrzeba znacznéj ilości wstrzykiwań limfy, zanim liszaj zupełnie usuniętym zostanie. U choréj *cum lupo erythematoso*, u choréj *cum lepra Arabum*, wreszcie u chorego *cum sarcomato pharyngis* po ustąpieniu reakcyi powrócił stan przed zastrzyknięciem limfy znaleziony.

Z podanéj powyżéj doraźnéj obserwacyi następujące dają się wyprowadzić wnioski: 1. Zastrzykiwanie limfy Kocha wywołuje stale podrażnienie miejsc skóry liszajem żrącym zajętych, któremu towarzyszy reakcyja ogólna. 2. Reakcyja nie występuje wyłącznie u chorych z sprawami gruźliczéj natury, wystąpiła ona i to w stopniu najgroźniejszym u choréj *cum lupo erythematoso* (sub. 2), powtóre u choréj *cum lepra Arabum* (sub. 3), wreszcie u chorego *cum sarcomate pharyngis* (sub. 5). 3. Na zapytanie, czy wstrzykiwanie limfy Kocha we wszystkich sprawach gruźliczych bez wyjątku wywołuje reakcyję, nie ośmielamy się dać na razie odpowiedzi, zważywszy, iż jeden przypadek (sub. 4) niedecyduje; powtóre być bardzo może, że dla choréj rzeczonéj dawka względnie największa (0·007) jeszcze była zbyt słabą. 4. Doświadczenia powyższe obalają zdanie co do wartości diagnostycznéj limfy Kocha.

Zastrzegam sobie najwyraźniéj, jakobym w téj tak nieskończenie ważnéj sprawie odważył się wyrzec ostatnie słowo. Chętnie cofnę wszystkie wnioski lub je zmodyfikuję, jeśli mnie do tego upoważnią dalsze obserwacyje. Szybko postępująca kontrola metody Kocha z czasem wiele ciemnych jeszcze stron wyjaśni. Czekajmy tedy — i przypatrujmy się pilnie a przedmiotowo dalszym doświadczeniom, o których w następnym liście mówić zamierzam.

Dr. St. Bulikowski.

Wiedeń, d. 8 grudnia 1890.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 grudnia. W ostatnim zeszycie „*Centralblatt für Physiologie*“ znajduje się następujące pismo prof. fizyjologii we Wiedniu Dra Fleischla v. Marxow: „Treść rozprawy p. Dra A. Becka w Krakowie p. t.: O oznaczaniu lokalizacyi czynności mózgu i rdzenia za pomocą zjawisk elektrycznych, umieszczonéj w Nrze 16 niniejszego pisma, daje mi powód do ogłoszenia zapieczętowanego pisma, które przedłożyłem w listopadzie r. 1883 tutejszéj ces. Akademii Umiejętności i które na moje życzenie na ostatniem posiedzeniu wydziału matematyczno-przyrodniczego odczytano“.

Przytoczywszy pismo uwierzytelniające sekretarza wydziału matematyczno-przyrodniczego prof. Suessa, podaje prof. Fleischl następnie dosłowny tekst swego zapieczętowanego listu, który w przekładzie brzmi jak następuje:

„Wiedeń 6 listopada 1883. W ciągu b. r. wykonałem szereg doświadczeń na rozmaitych zwierzętach, z których wyniki wydają mi się dość ważne, abym sobie przez przedłożenie Akademii niniejszego pisma pierwszeństwo w tem odkryciu zapewnił. Jeżeli dwa symetryczne punkta powierzchni półkul mózgowych połączymy za pomocą niepolaryzujących elektrod z czułym galwanometrem, to nie spostrzeżemy żadnego wychylenia, albo tylko bardzo nieznaczne. Przy zadrażnieniu jednak narządu zmysłowego, którego środki leżą w jednem z miejsc połączonych z galwanometrem, powstaje wychylenie w pewnym kierunku; przy drażnieniu zaś odpowiedniego narządu z drugiéj strony powstaje wychylenie w przeciwnym kierunku. Doświadczenie to udaje się bardzo pięknie, np. przy odprowadzeniu prądu od miejsc oznaczonych przez M u n k a jako centra wyobrażeń wzrokowych i kolejnem oświetlaniu jednego i drugiego oka. Jeżeli przy pozostawieniu elektrod na tem samem miejscu drażnimy zwierzę parą amoniaku, działającą na błonę śluzową nosa, lub szczypaniem albo przypiekaniem kończyny, to nie otrzymamy żadnego wychylenia, albo tylko nadzwyczaj słabe, prawdopodobnie wywołane przez rozgałęzienie prądu. Łatwo jednak się udaje przy tego rodzaju drażnieniu wynaleźć te miejsca powierzchni mózgu, w których odpowiednie drażnienie sprawia silne zmiany w równowadze elektrycznéj tak, że można téj okoliczności użyć jako metody do zbadania tych części powierzchni mózgu, w których pewne czuciowe podrażnienie dochodzą do naszéj świadomości. Jeżeli się zwierzę zachloroformuje i wśród narkozy te doświadczenia powtarza, to ani śladu wychylenia w galwanometrze się nie znajduje. Po zbudzeniu się zwierzęcia otrzymuje się znowu w tem doświadczeniu dodatnie wyniki. Z tego wynika po 1) potwierdzenie wniosków wysnutych z doświadczeń w ogólności i powtóre, że narkoza chloroformowa polega rzeczywiście na czasowem porażeniu powierzchni mózgu, a nie jak niektórzy sądzą na przerwie pamięci. Doświadczenia te udawały się przy odprowadzaniu prądu nietylko od obnażonéj powierzchni mózgu, ale także od odpowiednich miejsc opony twardéj, ba nawet kości czaszki pozbawionych okostny. Należy przy tych doświadczeniach uważać, aby kora mózgowa nie ostygała, przez co widocznie ulega również porażeniu. Może nawet się uda przez odprowadzenie od skóry głowy wykazać prądy, powstające w mózgu pod wpływem różnych psychicznych czynności.

Prof. Ernest Fleischl v. Marxow.

„Z treści tego pisma, pisze daléj prof. Fleischl, z górą siedm lat mającego, wynika z niewątpliwą pewnością, że pierwszeństwo odkrycia faktu, mojem zdaniem bardzo ważnego, że procesom świadomości towarzyszą fizyczne wykazalne zmiany materyi, które są nierozerwalnie z niemi połączone, należy się nie p. Dr. A. Beckowi lecz mnie. Nie myślę wdawać się w rozbiór różnicy niektórych spostrzeżeń naszych, jak również nie znajduję żadnego powodu do krytycznych uwag nad rozprawą p. Dra A. Becka, albo do szczegółowego porównywania wartości obydwóch prac. Na tę jednę okoliczność zwróciłbym jednak uwagę, że w wynikach moich doświadczeń znajduje się odpowiedź na pytanie, na które z powodu jego natury dotąd odpowiedzieć nie można było, a mianowicie czy narkoza wywołuje przerwę w pamięci, czy też czasowe zniszczenie czucia. Zupełnie zbytecznem wydaje mi się zresztą podnieść tę okoliczność, że pomimo słuszności roszczeń moich co do pierwszeństwa, wszelka zasługa, która należy się pracy Dra Becka, zostaje nienaruszoną, gdyż on o istnieniu a tem mniéj o treści zapieczętowanego pisma udzielonego ces. Akademii w Wiedniu żadnéj wiadomości mieć nie mógł“.

Z naszéj strony zauważyć musimy, że to ubieganie się prof. Fleischa o pierwszeństwo odkrycia jest co najmniéj zbytecznem. Albowiem nie rozchodzi się tu o odkrycie jakiejś nowéj metody, lecz o zastosowanie znanéj już metody do innych badań. Kwestyja oznaczania lokalizacyi ze zmian w prądach zajmowała równocześnie umysły wielu badaczy, a że była kwestyją otwartą, dowodem jest ta okoliczność, że ją prof. Cybulski podał jako temat na konkurs Wydziału Lekarskiego jeszcze w jesieni 1888 r. Temat ten opracował Dr. Beck, a pracy jego przyznał Wydział Lekarski pierwszą nagrodę. Niedługo potem była ta kwestyja przedmiotem rozpraw na Zjeździe lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Pierwszeństwo wypowiedzenia publicznego myśli zatem należy się bezwątpienia prof. Cybulskiemu, a pierwszeństwo wykonania jéj Drowi Beckowi. Nie wchodzimy w to, co było przyczyną, że p. prof. Fleischl przez tak długi okres czasu trzymał wyniki badań swoich w tajemnicy; wszak jeżeli wyniki badań wykonanych w pierwszym roku wydawały mu się niepewnemi, mógł przez siedm lat następnych znaleść ich potwierdzenie. W każdym razie, jeżeli o pierwszeństwo o d k r y c i a m e t o d y się rozchodzi, to należy się ono chyba du Bois-Reymondowi, który nam podał sposób badania zjawisk elektryczn. w ustroju zwierzęcym, Hermannowi, który wykazał istnienie prądów czynnościowych, a następnie Sieczenowowi, który prądy te znalazł w rdzeniu przedłużonym.

Uważaliśmy za miły obowiązek zapisać polemikę, która się wywiązała z powodu pracy uskutecznionéj w jednym z zakładów naszych, a która jest zaszczytną tak dla młodego autora jak też dla kierownika zakładu. *Redakcyja.*

* W krakowskiéj Akademii Umiejętności po stanowczem zrzeczeniu się prezesa Majera wybrany został na 3 lata następne prezesem prof. literatury polskiéj Dr. Stanisław hr. T a r n o w s k i, sekretarzem zaś jeneralnym prof. historyi polskiéj Dr. Stanisław S m o l k a.

(x) *Wiener Ztg.* ogłasza rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z 8 grudnia br. w sprawie środka leczniczego Kocha. Według tego rozporządzenia wolno sprowadzać limfę Kocha tylko z zakładów autoryzowanych przez państwowe władze pruskie, aż do odwołania tego rozporządzenia mogą otrzymywać limfę tylko przełożeni zakładów leczniczych i dyplomowani lekarze. Leczenie ambulatoryjne bez dostatecznego nadzoru lekarskiego jest zakazanem i w ogóle przy leczeniu środkiem Kocha zachować należy wszelkie ostrożności. Lekarze wolno-praktykujący obowiązani są zawiadamiać władze o każdym przypadku leczenia środkiem Kocha, a o przypadkach śmierci po zastosowaniu limfy Kocha zarówno zakłady lekarskie, jak i prywatni lekarze mają niebawem donosić władzom.

* W tygodniu 47 (od 23—29 listopada) było w Krakowie małżeństw 10, urodzin 40, skonów 62 (42·20); z tych było: z gruźlicy 11, z zap. płuc 8, z dławca i błonicy 7, z odry 3.

* Jak corocznie tak i teraz p. H. Mattoni we Wiedniu rozesłał wszystkim lekarzom kalendarze ścienne na rok 1891 ładne i wygodne.

* K o n k u r e n t P a s t e u r a. W Radzie prowincyi Antwerpskiéj przy sposobności uchwalenia zapomogi 500 franków dla zakładu Pasteura, jeden z radców odezwał się, że wprawdzie Pasteur jest wielki uczony, ale on zna innego wielkiego lekarza, który dużo innych robił cudów. Tym lekarzem jest św. Hubert, i dlatego mowca żąda, ażeby i jemu co najmniéj wyznaczyć taką samą kwotę, co Pasteurowi. Wniosek poparty przez reprezentanta słynnéj miejscowości Gheel został przez większość przyjęty. (*Le Practicien* Nr. 10).

* **Lwów.** Począwszy od 1-go b. m. wykonywają się na oddziale chirurgicznym i na oddziałach prymaryjuszów K r ó w c z y ń s k i e g o, R o ż a ń s k i e g o, W i d m a n a i S a w i c k i e g o szczepienia limfą Kocha. Dotychczas szczepiono 9 chorych z gruźlicą skóry, stawów lub kości. W sobotę szczepić się ma chorych nawiedzonych gruźlicą krtani, otrzewny i płuc. Demonstracyje i szczepienie odbywają się codzień o 10 rano zaś o 6 wieczór badanie reakcyi. Koledzy ze Lwowa i prowincyi mają wstęp dozwolony, co w ich interesie podajemy do wiadomości.

* **Wiadomości osobowe.** Prowizoryczny lekarz korwety Dr. Kazimierz M i e r o s z e w s k i mianowany rzeczywistym lekarzem korwety. — W obronie krajowéj mianowani: lekarzem pułkowym 1-éj klasy: Dr. Emil L e b e d o w i c z (w Żółkwi); 2-éj klasy zaś Drowie: Jan P r u s (Lwów), Julijan D a d l e c (Gródek), Kazimierz M i d o w i c z (Wadowice), Aleks. K o c a y (Jarosław), Kazim. S o b o l e w s k i (Złoczów) i Ludwik B u k o w s k i (Krakow); lekarzami starszymi: Drowie: Henryk F r a e n k e l (Przemyśl), Włodzimierz K o b r y ń s k i (Czortków) i Jakób B l o c h (Kołomyja).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w k l i n i c e

chorób wewnętrznych posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Odbędą się wybory funkcyjonaryjuszy Tow. na rok przyszły. 2) Komitet Tow. przedstawi wnioski. 3) kol. Gluziński będzie mówił o objawach fizycznych występujących po zastosowaniu środka Kocha u chorych z gruźlicą płuc.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Celem obsadzenia nowo utworzonéj posady II asystenta przy katedrze Fizyjologii z płacą rocznych 600 złr. w. a. na czas od 1 Stycznia do końca Września 1891 rozpisuje się niniejszem konkurs. Podania wnosić należy na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 17 b. m.

Kraków 10 Grudnia 1890. **Rydel.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.